

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 744/BYT-BH

V/v Công văn 4996/BHXXH-CSYT và Công văn số 5219/BHXXH-CSYT của Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Hà Nội, ngày 18 tháng 02 năm 2019

Kính gửi: Bảo hiểm xã hội Việt Nam

Ngày 29/11/2018, Bảo hiểm xã hội Việt Nam phát hành Công văn số 4996/BHXXH-CSYT về việc triển khai thực hiện một số nội dung theo quy định tại Nghị định 146/2018/NĐ-CP; Công văn số 5219/BHXXH-CSYT ngày 11/12/2018 hướng dẫn bổ sung Công văn số 4996/BHXXH-CSYT và các văn bản liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh BHYT. Bộ Y tế có ý kiến về nội dung 02 công văn nói trên như sau:

1. Đối với nội dung tại Mục 3.2 Công văn số 4996/BHXXH-CSYT, liên quan đến trường hợp người có thẻ BHYT tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến.

- Hướng dẫn chỉ ghi trường hợp tự đi khám bệnh, chữa bệnh không đúng tuyến là trường hợp “tự đến khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh không phải là nơi đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu ghi trên thẻ BHYT” là không đầy đủ, thiếu các trường hợp đã được xác định tại các quy định hiện hành và quy định tại khoản 3 Điều 14, Điều 15 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

- Việc đề nghị cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ghi cụ thể lý do đủ điều kiện chuyển tuyến là không cần thiết và không theo đúng nội dung của giấy chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh BHYT.

- Việc yêu cầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh tra cứu trên Cổng tiếp nhận của hệ thống thông tin giám định điện tử để xác định người bệnh đã được hưởng BHYT đúng tuyến hay trái tuyến tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nơi chuyển người bệnh không phù hợp với thực tiễn, làm phát sinh thủ tục hành chính gây khó khăn cho cơ sở khám bệnh, chữa bệnh và người bệnh.

2. Đối với nội dung Mục 3.3 Công văn số 4996/BHXXH-CSYT, liên quan đến quyền lợi đối với trường hợp hện khám lại.

Việc chỉ chấp nhận trường hợp hện khám lại là trường hợp “trước đó đã được chuyển đúng tuyến theo quy định tại Điều 10 và 11 Thông tư số 40/2015/TT-BYT ngày 16/11/2015 của Bộ Y tế,...ngoài các trường hợp nêu trên, mức hưởng thực hiện theo quy định tại khoản 3 Điều 22 Luật BHYT” là không phù hợp vì:

- Nội dung hướng dẫn bao gồm cả điều khoản đã hết hiệu lực của văn bản quy phạm pháp luật, cụ thể Công văn 4496/BHXXH-CSYT hướng dẫn bao gồm cả khoản 6 Điều 11 Thông tư số 40/2015/TT-BYT là nội dung đã hết hiệu lực kể từ ngày 01/12/2018 theo quy định tại điểm d khoản 2 Điều 41 Nghị định số 146/2018/NĐ-CP.

- Đồng thời hướng dẫn tại Mục này cũng hạn chế quyền lợi của người bệnh đối với các trường hợp quy định tại khoản 4 Điều 22 Luật BHYT và khoản 3 Điều 14 Nghị định 146/2018/NĐ-CP.

3. Đối với Mục 3.4 Công văn số 4996/BHXXH-CSYT, hướng dẫn “Quỹ BHYT không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà người bệnh yêu cầu cơ sở thực hiện”

Việc hướng dẫn “Quỹ BHYT không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà người bệnh yêu cầu cơ sở thực hiện” không thuộc thẩm quyền của cơ quan tổ chức thực hiện và không đúng với quy định của Luật BHYT và các văn bản liên quan vì các lý do sau:

- Điều 23 Luật BHYT quy định các trường hợp không được hưởng BHYT, trong đó không có nội dung quy định “Quỹ BHYT không thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh mà người bệnh yêu cầu cơ sở thực hiện”. Vì vậy không có cơ sở pháp lý để hướng dẫn nội dung này.

- Khoản 1 Điều 22 Luật BHYT, người tham gia BHYT khi đi khám bệnh, chữa bệnh theo quy định tại các điều 26, 27, 28 được quỹ BHYT thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong phạm vi được hưởng với mức hưởng áp dụng cụ thể theo nhóm đối tượng và các trường hợp cụ thể; người bệnh tự chi trả phần chi phí ngoài phạm vi quyền lợi và mức hưởng.

- Đồng thời điểm a khoản 1 Điều 20 Nghị định số 85/2012/NĐ-CP ngày 15/10/2012 của Chính phủ quy định về cơ chế hoạt động, cơ chế tài chính đối với các đơn vị sự nghiệp y tế công lập và giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh của các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh công lập đã quy định “Thực hiện thanh toán trong phạm vi hưởng và mức hưởng BHYT cho người bệnh; Người bệnh tự chi trả phần chênh lệch ngoài phạm vi chi trả của quỹ BHYT theo quy định của Luật BHYT”. (Nội dung này cũng được quy định tại Thông tư số 39/2018/TT-BYT ngày 30/11/2018 của Bộ Y tế quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp, có hiệu lực từ ngày 15/01/2019).

4. Đối với Mục 3.8 Công văn số 4996/BHXXH-CSYT, ghi là “Thực hiện khi có hướng dẫn của Bộ Y tế. Công văn số 510/BHXXH-CSYT ngày 22/12/2017 và Công văn số 1508/BHXXH-CSYT ngày 07/5/2018 về việc thanh toán các xét nghiệm HIV/AIDS hết hiệu lực kể từ ngày 01/12/2018”.

Việc dừng thanh toán chi phí trong trường hợp chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để thực hiện các kỹ thuật xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh để chờ Bộ Y tế hướng dẫn là không phù hợp với các văn bản hiện hành và thực tế vì:

- Ngày 26/02/2016, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 04/2016/TT-BYT của quy định KCB và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh BHYT liên quan đến khám bệnh, chữa bệnh lao. Các trường hợp chuyển mẫu bệnh phẩm, người bệnh đã, đang được quy định và hướng dẫn thực hiện tại Thông tư này.

- Đối với việc chuyển người bệnh hoặc mẫu bệnh phẩm để chẩn đoán, điều trị HIV/AIDS: Ngày 26/6/2015, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 15/2015/TT-BYT hướng dẫn

thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với người nhiễm HIV và người sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS và được sửa đổi bằng Thông tư số 27/2018/TT-BYT ngày 26/10/2018 hướng dẫn thực hiện khám bệnh, chữa bệnh BHYT đối với người nhiễm HIV và người sử dụng các dịch vụ y tế liên quan đến HIV/AIDS. Các trường hợp chuyển mẫu bệnh phẩm, người bệnh đã, đang được quy định và hướng dẫn thực hiện tại các Thông tư này.

- Đề tạo điều kiện cho người bệnh và bảo đảm quyền lợi cho người bệnh tham gia BHYT, đồng thời hạn chế việc đầu tư trang thiết bị không cần thiết, Bộ Y tế đã đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam chỉ đạo và hướng dẫn việc thanh toán chi phí BHYT cho các bệnh viện trong trường hợp bệnh viện chưa triển khai dịch vụ kỹ thuật nên phải chuyển sang bệnh viện khác thực hiện thông qua việc ký hợp đồng nguyên tắc giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà không cần phải làm thủ tục chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh (Công văn số 166/BYT-KH-TC ngày 12/01/2017 về việc thanh toán BHYT cho một số dịch vụ kỹ thuật y tế chuyển sang cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để thực hiện). Theo đó, Bảo hiểm xã hội Việt Nam cũng đã có Công văn số 510/BHXX-CSYT ngày 22/12/2017 về thanh toán BHYT cho một số dịch vụ kỹ thuật y tế chuyển sang cơ sở khám bệnh, chữa bệnh khác để thực hiện, Công văn số 1508/BHXX-CSYT ngày 07/5/2018 về việc thanh toán các xét nghiệm theo dõi điều trị HIV/AIDS.

Bộ Y tế đề nghị Bảo hiểm xã hội Việt Nam rà soát Công văn số 4996/BHXX-CSYT và Công văn số 5219/BHXX-CSYT hướng dẫn Bảo hiểm xã hội các tỉnh, thành phố triển khai thực hiện Nghị định 146/2018/NĐ-CP đảm bảo đúng các quy định lại Luật bảo hiểm y tế, Luật khám bệnh, chữa bệnh, Nghị định và các Thông tư hiện hành có liên quan.

Nơi nhận:

- Như trên;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- VPCP;
- Các Bộ: Tài chính, Tư pháp;
- SYT các tỉnh, TP trực thuộc TƯ;
- BHXH BCA, BQP;
- Y tế các bộ, ngành
- Các Bệnh viện và viện trực thuộc Bộ Y tế;
- Hiệp hội bệnh viện tư nhân;
- Lưu: VT, BH.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

Nguyễn Trường Sơn